

**Liebe Patientin, lieber Patient,**  
um Ihnen und auch uns eine zügige und korrekte Aufnahme Ihrer Personalien zu ermöglichen, bitten wir Sie, dieses Formular **vollständig** auszufüllen.

<b>Patient:</b> (Pflichtfelder)	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Name</td> <td style="width: 33%;">Vorname</td> <td style="width: 33%;">Geb. Datum</td> </tr> </table>	Name	Vorname	Geb. Datum
Name	Vorname	Geb. Datum		
<b>Anschrift:</b> (Pflichtfelder)	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 65%;">Straße, Haus-Nr.</td> <td style="width: 35%;">PLZ, Wohnort</td> </tr> </table>	Straße, Haus-Nr.	PLZ, Wohnort	
Straße, Haus-Nr.	PLZ, Wohnort			
<b>Krankenkasse:</b> (Pflichtfelder)	_____			
<b>Hauptversicherter:</b> (Pflichtfelder)	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Name</td> <td style="width: 33%;">Vorname</td> <td style="width: 33%;">Geb. Datum</td> </tr> </table>	Name	Vorname	Geb. Datum
Name	Vorname	Geb. Datum		
<b>* Hausarzt:</b> (freiwillige Angabe)	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Hausarzt</td> <td style="width: 33%;">Straße</td> <td style="width: 33%;">PLZ, Ort</td> </tr> </table>	Hausarzt	Straße	PLZ, Ort
Hausarzt	Straße	PLZ, Ort		
<b>* E-Mail-Adresse:</b> (freiwillige Angabe)	_____ <small>(Nicht für Werbezwecke, nur für wichtige Praxis-Informationen)</small>			
<b>* Telefon:</b> (freiwillige Angabe)	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Privat</td> <td style="width: 33%;">Geschäftlich</td> <td style="width: 33%;">Handy</td> </tr> </table>	Privat	Geschäftlich	Handy
Privat	Geschäftlich	Handy		
<b>Größe/Gewicht/Beruf:</b>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Größe</td> <td style="width: 33%;">Gewicht</td> <td style="width: 33%;">Beruf</td> </tr> </table>	Größe	Gewicht	Beruf
Größe	Gewicht	Beruf		

**Liegt ein Unfall vor?**

- Privatunfall
  Arbeits- / Dienst- / Schulunfall

**\* Liegt für einen stationären Aufenthalt eine private Zusatzversicherung vor?**

- Ja, mit Chefarztbehandlung.
  Ja, für Einzelzimmer.
 Nein.

**\*Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?**

- Überweisung vom Hausarzt/Facharzt
  Empfehlung von Bekannten
 Homepage/Internet  
 andere \_\_\_\_\_

Leiden Sie an: (Wenn ja, bitte ankreuzen)

- Herz- oder Kreislaufbeschwerden?
- Haben Sie einen Herzpass?
- Ohnmachtsneigung?
- Allergien, Medikamentenüberempfindlichkeit, welche? \_\_\_\_\_
- Hatten Sie bereits Voroperationen? \_\_\_\_\_
- Infektionskrankheiten (z.B. TBC, Gelbsucht, AIDS etc.)? \_\_\_\_\_
- Zuckerkrankheit?
 

Diabetes mellitus Typ 1	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Diabetes mellitus Typ 2	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- Leberkrankheiten (Gelbsucht, Infektionen)?
- Schilddrüsenerkrankung? Über- / Unterfunktion?
- andere Erkrankungen, welche? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie zurzeit Medikamente? Welche? \_\_\_\_\_
- Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Welcher Monat? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung? (ASS, Marcumar) \_\_\_\_\_  
 Name des Medikaments: \_\_\_\_\_

**Bitte wenden!**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten an andere Ärzte usw. übermittelt werden. Ich habe jeder Zeit die Möglichkeit dies zu widerrufen.

Bitte geben Sie uns Änderungen Ihrer Daten weiter.

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes nach BDSG.

Ich bestätige die Richtigkeit der o. g. Angaben.

---

Datum

---

Unterschrift

Der Patient wird in der Gemeinschaftspraxis MedArtes behandelt. Aufgrund häufiger, nicht entschuldigter oder zu später Absagen von Behandlungsterminen vereinbaren die Parteien den Umgang dazu im Einzelnen wie folgt:

1. Der Patient wurde darauf hingewiesen, dass die Praxis MedArtes – mit Ausnahme von medizinischen Notfällen - ausschließlich nach Terminvereinbarung arbeitet und darauf angewiesen ist, Behandlungstermine langfristig zu planen. Für die Untersuchung, das Erstellen von Diagnosen und die Behandlung müssen ein Facharzt für Orthopädie sowie eine oder mehrere medizinische Fachangestellte zur Verfügung stehen.
2. Bei Absagen, die nicht spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin erfolgen, ist es in der Regel nicht möglich, einen anderen Patienten im geplanten Zeitfenster zu behandeln.
3. Der Patient verpflichtet sich daher, Termine, die er aus von ihm zu vertretenden Gründen nicht wahrnehmen kann, spätestens innerhalb von 24 Stunden – telefonisch oder per-Email - vorher abzusagen.
4. Unterbleibt eine rechtzeitige Absage, verpflichtet sich der Patient, für den Ausfall des Termins und nach Abzug ersparter Aufwendungen, eine Ausfallpauschale in Höhe von 50,00 € zu bezahlen. Die Geltendmachung eines höheren Schadens bleibt vorbehalten.
5. Es bleibt dem Patienten unbenommen nachzuweisen, dass tatsächlich ein geringerer Schaden entstanden ist.
6. Der Patient wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das Ausfallhonorar nicht von seiner gesetzlichen und/oder privaten Krankenversicherung übernommen wird, sondern er dies selbst bezahlen muss.

---

Datum

---

Unterschrift